

# INTERNATIONAL JET SPORTS BOATING ASSOCIATION OF AFRICA



**SAISON : 2017**

**A REMPLIR PAR LE PILOTE**

Nom :	Prénom :
Sexe :	Date de naissance :
Etat civil :	Nationalité :
Adresse :	Tel :
	Email :
	Profession :

QUESTIONS	OUI	NON	PRECISIONS
Avez-vous déjà perdu connaissance pendant ou après avoir fait un effort ?			
Avez-vous déjà eu des vertiges pendant ou après avoir fait un effort			
Avez-vous déjà eu mal à la poitrine pendant ou après avoir fait du sport ?			
Avez-vous déjà senti votre cœur s'emballer ou battre la chamade ?			
Etes-vous plus vite fatigué(e) que votre coéquipier pendant un entraînement ?			
Avez-vous déjà eu trop de tension ou trop de cholestérol ?			
Vous a t'on jamais dit que vous avez un souffle cardiaque ?			
Avez-vous un membre de la famille qui est décédé suite à des problèmes cardiaques ou qui est décédé subitement avant ses 50 ans ?			
Avez-vous eu le mois écoulé une infection virale sérieuse?			
Avez-vous une allergie (ex. Pollen, médicaments, alimentation, insectes) ?			
Avez-vous déjà eu des éruptions ou démangeaisons pendant des efforts ?			
Avez-vous déjà eu des problèmes de toux, court d'haleine ou autres problèmes de respiration pendant ou après un effort ?			
Avez-vous de l'asthme ?			
Prenez-vous pour le moment des médicaments prescrits ou non prescrits, des pilules ou utilisez-vous un inhalateur ?			
Etes-vous malade ou souffrez-vous d'une maladie chronique ?			
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?			
Avez-vous du arrêter votre sport durant une période prolongée pour des raisons médicales ?			
Avez-vous déjà eu des fractures ou des déboîtements ?			
Etes-vous blessé(e) ou l'avez-vous été dernièrement ?			
Avez-vous régulièrement des problèmes corporel pendant les Entraînements ?			
Avez-vous jamais eu une sensation de vide, picotements dans les bras, jambes ou pieds ?			
Avez-vous déjà pris des compléments alimentaires ou vitamines pour améliorer votre poids ou prestation ?			
Avez-vous des problèmes de peau (ex. démangeaisons, éruptions, acnée, mycose ou cloque) ?			
Avez-vous déjà perdu connaissance ou perdu la mémoire ?			
Avez-vous déjà eu une crise d'épilepsie ?			
Avez-vous souvent des migraines ?			
Avez-vous déjà été malade en ayant fait du sport par fortes chaleurs ?			
Vous sentez-vous stressé(e), irritable, dépressif(sive) ou épuisé(e) ces derniers temps?			
A quand date votre dernière visite chez l'ophtalmologue ? + résultat			
Date du dernier contrôle dentaire ?			

# FICHE DE CONTROLE MEDICAL

NOM / PRENOM DU PILOTE :

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN

DATE DE NAISSANCE : \_\_/\_\_/\_\_

### EXAMEN CLINIQUE

Taille (cm) : Tension : Vision œil droit : Vision œil gauche :	Poids (kg) : Pouls au repos : Port de lunettes ou lentilles* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Groupe sanguin : Allergie : Altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	--

*\*si vous portez de lentilles, vous devrez être en possession d'une paire de lunettes en cas de perte d'une ou des deux lentilles pendant la manifestation*

Prise de médicaments :  Oui  Non >> si oui, sont-ils dans la liste des produits « dopants » ?  Oui  Non

**Certaines maladies hémocardio-vasculaires (Hémophilie) le diabète (insulino dépendant) l'épilepsie, l'altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire, la non intégrité de membres, ainsi que la prise de certains médicaments ou produits répertoriés dans la liste des produits « dopants » sont une cause d'incompatibilité éventuelle avec la compétition Motonautique et doivent être signalés à la Commission médicale qui statuera sur présentation des ordonnances correspondantes en cas de traitement médical.**

### Appareil Cardio-vasculaire

Auscultation : ..... Tension artérielle : ...../..... A partir de 40 ans E.C.G de repos obligatoire, puis tous les 3 ans (à fournir ou le compte-rendu) En fonction des antécédents cardio-vasculaires du sportif, un test d'effort sera demandé.
---

### Appareil Respiratoire

Etat de la cage thoracique : ..... Peak Flow: ..... Auscultation : .....
---

### Appareil Ostéo-articulaire et musculaire

Etat des membres Supérieur droit : ..... Gauche : ..... Inférieur droit : ..... Gauche : ..... Appréciation de la musculature corporelle : ..... Prothèses éventuelles : .....
--

### Système neurologique

Anomalies éventuelles : ..... .....
--

### Appareil Respiratoire

Etat de la cage thoracique : ..... Peak Flow: ..... Auscultation : .....
---

Je, soussigné(e) médecin ..... constate que le patient (Nom / Prénom)

- Ne présente pas de contre-indication pour la pratique du sport motonautique en compétition  
 Présente une contre-indication médicale et demande l'avis de la Commission Médicale

Fait à ..... Le .....

Signature du médecin (**obligatoire**)

Cachet du médecin ( <b>obligatoire</b> )
--